

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

No

27

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Georges POTIER

Né le 15 janvier 1903 à Merdrignac (Côtes-du-Nord)

LIPOMES DÉVELOPPÉS

AUX DÉPENS

DU LOBE ABERRANT AXILLAIRE

DE LA MAMELLE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

72

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Georges POTIER

Né le 13 janvier 1903 à Merdrignac (Côtes-du-Nord)

LIPOMES DÉVELOPPÉS

AUX DÉPENS

DU LOBE ABERRANT AXILLAIRE

DE LA MAMELLE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicc-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Fernand) . . . Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Très faible témoignage de la reconnaissance que je leur dois pour les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

*Qui a bien voulu nous fournir le sujet
de ce travail et en remerciement du
très grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant d'être notre président.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL DE ST-BRIEUC

INTRODUCTION

Avant de commencer l'étude de ces lipomes, il est nécessaire que nous fassions connaître l'organe au dépens duquel ils se développent.

Nous étudierons donc d'abord l'embryologie des lobes aberrants. Nous ferons ensuite l'étude anatomique du lobe axillaire de la mamelle et nous tâcherons de déterminer dans quelle mesure il participe à la vie physiologique de la glande principale.

Dans les chapitres qui suivront nous passerons successivement en revue, l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie de ces lipomes. Nous ferons leur diagnostic différentiel, leur pronostic, et leur traitement.

Nous terminerons par l'étude de l'anatomo-pathologie, ce qui nous permettra de confirmer d'une façon certaine l'hypothèse que l'étude clinique nous aura permis d'envisager l'origine de ces tumeurs.

CHAPITRE I

EMBRYOLOGIE

La théorie embryologique la plus vraisemblable et qui réunit le plus grand nombre d'adeptes fait dériver les glandes mammaires surnuméraires d'un accident de développement de la ligne mammaire primitive, ou Ligne de Schultze, qui au lieu de proliférer en un seul point de son trajet pour donner naissance à la mamelle normale présente plusieurs centres de multiplication cellulaire qui évoluent sur le même type que le point mammaire principal.

Les lobes aberrants ont au contraire une origine plus tardive, ce sont des portions de tissus, séparées de la mamelle fœtale déjà développée à un certain degré. Ils dépendent donc de la mamelle normale et n'ont aucun rapport direct avec la ligne de Schultze. L'origine dissimblable de ces deux formations explique leur structure anatomique différente.

Pour les mamelles surnuméraires la peau qui a pris une part active à leur formation garde les vestiges de

sa participation sous forme de mamelon. Elle reste constamment réunie à l'amas glandulaire sous-jacent par le canal excréteur qui vient s'aboucher à sa surface ; par contre aucun lien n'existe entre la mamelle supplémentaire et la mamelle normale.

Le lobe aberrant au contraire libre de toute connexion avec la peau reste le plus souvent, plus ou moins solidaire de la glande mammaire.

Nous citerons pour mémoire sur l'origine des glandes mammaires surnuméraires et lobes aberrants, la théorie de Blaud Sutton. Ayant remarqué que les mamelles surnuméraires se développaient sur une ligne tirée de l'aisselle à l'aîne, il en avait conclu qu'il existait une relation entre elles et les vaisseaux mammaires et épigastriques.

Pour Ashfield la présence de plusieurs centres de proliférations cellulaires est attribuable à la dispersion des cellules primordiales mammaires par une pression exercée par l'amnios sur le corps de l'embryon. Celle-ci enlèverait quelques parcelles d'ébauche mammaires lesquelles resteraient adhérentes, les portions détachées de la glande et transportées à distance se développeraient en un point quelconque du corps.

Théorie inadmissible, l'enlèvement de ces germes mammaires devrait laisser des traces sur la glande normale du fœtus à terme que l'on n'a jamais trouvées.

Pour Meckel et Owen qui avaient remarqué la fréquence des mamelles surnuméraires autour de la mamelle normale, elles étaient dues à des canaux excré-

teurs erratiques qui au lieu de s'ouvrir au mamelon normal se perdaient dans le tissu cellulaire sous-cutané jusque dans le creux axillaire.

La théorie de Champney est toute différente elle voit l'époint de départ de ces glandes dans la transformation et l'adaptation à une fonction différente des glandes sébacées.

Cette théorie expliquerait la présence de glandes mammaires surnuméraires en dehors de la ligne de Schultze ; on en rapporte quelques observations qui sont d'ailleurs contestées.

CHAPITRE II

ETUDE ANATOMIQUE DU LOBE ABERRANT AXILLAIRE

Les auteurs qui se sont occupés de l'étude des anomalies d'extension de la mamelle signalent cinq directions rayonnantes principales suivant lesquelles il était possible de suivre plus ou moins loin le tissu glandulaire erratique.

Le prolongement axillaire ou supéro-externe a été décrit pour la première fois par Kirmisson (Société d'anatomie, 27 octobre 1888). William en Angleterre le décrit également vers 1891. Tarnier et Fochier en rapportent des observations chez les femmes en couches.

Tarnier et Masbat (*Thèse Paris*, 1888) considèrent le prolongement axillaire de la glande mammaire comme extrêmement fréquent chez la femme.

Henri Rieffel (*Thèse Paris*, 1889-90). Après dissection de vingt mamelles provenant de femmes mortes en couche et de huit âgées de 35 à 50 ans l'a toujours

découvert et déclaré son existence comme absolument normale.

Dauthuille l'a trouvé cinq fois dans huit dissections, les trois autres fois, il existait une pointe accentuée du tissu mammaire dans la direction axillaire. Dans un des cinq premiers cas, il l'a vu une fois sortir le long du bord inférieur du grand pectoral et empiéter sur le bord antérieur du grand dorsal.

Kirmisson avait remarqué que le prolongement axillaire était voisin du groupe antérieur des ganglions de l'aisselle. Considération importante au point de vue du diagnostic différentiel des tumeurs de la région. A-t-on affaire à une adénite ou à une tumeur du lobe aberrant ?

A la disséction le lobe aberrant ne se présente pas toujours sous le même aspect ; tantôt il est aplati et rattaché par une large base à la masse glandulaire principale tantôt au contraire il forme des languettes effilées.

Les pointes regardent en général vers la périphérie mais il peut advenir aussi que leur grosse extrémité mince, ou sommet adhère au corps mammaire. Dans ce dernier cas le prolongement n'est relié à l'organe principal que par un mince pédicule, celui-ci peut passer inaperçu, il semble alors que le prolongement représente une glande isolée.

Wolkmann a décrit les glandes isolées sous le nom de bulbes mammaires aberrants.

Cornil, dans son *Traité des tumeurs du sein*, parle des lobules erratiques situés autour de la glande mam-

maire. Il a observé leur présence surtout à son bord supérieur ou à son bord externe ; ils se prolongent, dit-il, « du côté du creux axillaire, à peu près insensible tant qu'ils sont normaux ils peuvent être le siège de néoplasmes divers et subir alors une hypertrophie plus ou moins considérable ».

John Deaver et Mac Ferland (*The Breast*, etc., Philadelphie, 1917) décrivent le prolongement axillaire de la mamelle et notent qu'il peut, dans un certain stade, être séparé du corps de la glande. Ils en concluent qu'une tumeur naissant dans cette partie isolée du parenchyme semblerait être d'origine axillaire plutôt que mammaire.

A la dissection, ils ont comme Kirmisson, remarqué le contact du prolongement axillaire avec le groupe lymphatique antérieur de l'aisselle.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE DES LOBES ABERRANTS AXILLAIRES

D'après Pinard, ils participent au repos et à l'activité de la glande mère et peuvent causer de la gêne et de la douleur aux époques menstruelles.

Nous verrons d'ailleurs que les lipomes développés à leurs dépens sont souvent douloureux, au moment des règles ou de l'allaitement.

Souvent c'est pendant la gestation et la montée laiteuse que l'on observe dans le lobe une tension douloureuse analogue à celle qui existe pour le reste de la glande.

Les lobes aberrants proprement dits ne possédant pas de mamelons, ni de canaux excréteurs, on cite des exemples de la production de fistules lactées.

John Deaver et Mac Ferland qui ont ponctionné la glande à cette période en ont retiré du lait.

Au moment de la poussée laiteuse, la palpation révèle la présence évidente du prolongement : on sent le

long du bord inférieur du grand pectoral une saillie effaçant légèrement le creux de l'aisselle et à travers la peau on perçoit des bosselures plus ou moins saillantes et des grains arrondis présentant la consistance des acinis de la glande mammaire.

A cette période on peut, grâce à l'augmentation de volume, savoir s'il existe ou non un pédicule reliant le prolongement à la glande principale. On peut d'ailleurs essayer de le prouver d'une façon physiologique en observant la glande aberrante après la tétée, s'il y a intercommunication elle s'affaisse.

Quand la glande a cessé de fonctionner après l'allaitement, il est fréquent que les prolongements n'obéissent pas d'une façon aussi absolue que la glande principale au mouvement de retrait, ils deviennent par le fait même plus apparents.

Dans les différentes observations de lipomes du lobe aberrant axillaire que nous rapportons, la plupart du temps, il s'agira de femmes de 25 à 45 ans, c'est-à-dire d'un âge correspondant à la période d'activité et de plein développement de la glande.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Affection se rencontrant de préférence entre vingt-cinq et cinquante ans, bien qu'on en relève une observation chez une jeune fille de vingt-trois ans. Se voit de préférence chez la femme où les cas sont les plus nombreux. Chez l'homme on relève trois observations de lipomes, correspondant à la région anatomique où se situe le lobe aberrant axillaire (1). Mais il n'est pas prouvé qu'il s'agisse là de lipomes développés aux dépens du lobe axillaire de la mamelle, les examens histologiques manquent, ou sont incomplets ; il s'agit toujours de lipomes purs et on ne relève dans aucun cas la présence d'acinis glandulaires mammaires. Les auteurs ne semblent pas d'ailleurs soupçonner cette origine.

L'hérédité a-t-elle une influence sur la production de

(1) Obs. Torracca *Riforma Medica*. Obs. John Deaver et Mac Ferland. Obs. Querrel, 1883.

ces tumeurs lipomateuses? Dans nos observations on n'en rapporte pas d'exemple. La fréquence des anomalies mammaires dans une même famille pouvait nous le faire supposer. John Deaver et Mac Ferland, *The Breast*, etc., faisant une étude très complète des anomalies de ce genre chez les membres d'une même famille rapportent quinze observations où elles coexistaient.

Ils considèrent d'ailleurs ces anomalies comme régressives (théorie de Darwin) retour à un type ancestral, en nous montrant les différentes étapes de cette régression, ils nous permettent de conclure à la fréquence relative des tumeurs développées aux dépens des lobes aberrants, et de la rareté de celles développées dans les glandes surnuméraires.

Dans les statistiques de J. Deaver et Mac Ferland il est démontré, en effet, que plus la glande se rapproche du stade complet avec aréole et mamelon, moins l'anomalie est fréquente.

1° Lobes aberrants axillaires reliés à la glande principale par des conduits excréteurs, cas les plus nombreux passant souvent inaperçus, 64 cas. Dans nos observations de lipomes nous voyons que l'on n'avait jamais soupçonné chez ces malades la présence du lobe aberrant avant l'apparition de la tumeur.

2° Glande formant un flot isolé axillaire sans conduit excréteur la reliant à la glande principale, 25 cas.

3° Glandes surnuméraires axillaires avec aréole, mamelon et sécrétion externe, 13 cas.

On peut supposer comme on l'a dit plus haut que la fréquence des tumeurs suit la même progression.

D'après Roger Willam, 14 % des tumeurs de la région mammaire ont pour siège les lobes aberrants. Sur les 7 cas que rapporte cet auteur de tumeurs des lobes aberrants, quatre siégeaient dans l'aisselle et on ne relève pas de lipomes, c'est la statistique la plus ancienne.

Dans la statistique du Dr Hudon (*Journal american of Surgery*, 1907), on note que sur 163 cas de tumeurs bénignes du sein deux seulement étaient des lipomes ; aucuns n'étaient développés aux dépens du lobe axillaire.

Dans les 149 cas rapportés par Hœckel un seul lipome, n'ayant pas pour siège le lobe aberrant. Les tumeur du lobe aberrant sont donc rares parmi les tumeurs du sein, à plus forte raison en est-il ainsi, quand il s'agit de lipomes.

C'est en 1901 que pour la première fois Morestin en parle ; il présente à la Société Anatomique, une observation de fibro-adénolipome développé aux dépens d'une glande mammaire aberrante.

A propos de cette observation, il déclare qu'ayant vu déjà un adénofibrome de cette glande mammaire aberrante il a recherché avec attention dans les lipomes axillaires s'il n'y avait pas dans l'épaisseur de la graisse des débris glandulaires ; il n'a pu en démontrer la présence, mais il croit que c'est dans ce sens qu'il faut orienter l'étude des faits nouveaux « Je suis persuadé, dit-il, que l'on trouvera de temps en temps des vestiges de glandes mammaires aberrantes au milieu de ces lipomes de l'aisselle. Il est à remarquer que ces li-

lipomes paraissent plus fréquents chez la femme, et d'autre part, que l'aisselle est le lieu d'élection des mamelles surnuméraires.». Il rapproche ce fait de la démonstration faite par Tixier de lipomes développés dans la loge de la glande sous-maxillaire.

En 1907, Péraire et Lefas publient une observation chez une jeune fille de 23 ans, et trouvent des débris glandulaires au milieu du tissu graisseux.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Diverses théories ont été émises pour expliquer l'origine des productions lipomateuses.

L'histologie de ces tumeurs a montré qu'elles étaient formées d'éléments jeunes de nouvelles formations qui peu à peu se remplissaient de matières grasses. Leur développement se fait aux dépens d'un germe initial et non par infiltration graisseuse des cellules normales. Le lipome continue en effet à grossir alors que son porteur est en voie de déchéance et d'amaigrissement.

Pour Delbet et Quénu, toutes les lésions inflammatoires du sein ont pour intermédiaire la production d'un tissu embryonnaire, et une néoformation des vaisseaux ; et ce serait cette espèce de vascularisation transitoire qui deviendrait un terrain favorable au développement exagéré du tissu adipeux.

On a invoqué l'hypersécrétion de graisse produite par la glande elle-même sous l'influence d'une affection inflammatoire chronique. Delbet a recherché l'existence

de cette sécrétion dans les mammites et il a montré que celle-ci manquait dans la majorité des cas.

Masse a présenté un cas de lipome congénital du sein à développement rapide chez un enfant de deux mois ; mais c'est la seule observation que l'on relève dans la littérature médicale.

Queirel, ayant vu des lipomatoses multiples, pense à une diathèse lipomateuse ?

Dans le cas de lipomatose symétrique on a cru à une influence neurotrophique.

Les traumatismes répétés ont été incriminés, lipomes professionnels.

L'Ecole de Lyon a considéré les lipomes comme des manifestations para-tuberculeuses, réaction minima des tissus à l'intoxication. Hypothèse que nul examen biologique n'a jamais confirmé.

Dans les lipomes des lobes aberrants axillaires dont nous possédons les observations, on ne relève dans les antécédents ni traumatismes ni infections. Il semble donc que ces influences ne peuvent être invoquées dans leur production.

D'autre part ils sont toujours isolés sauf dans une de nos observations où il existait un lipome du flanc. Ils ne sont pas non plus symétriques. L'influence diathésique et neurotrophique doivent donc être écartées.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'histoire de la maladie, on ne relève ni traumatisme ni infection antérieure qui puissent être incriminés comme une cause occasionnelle. Le seul fait que l'on signalera, c'est que quelquefois au cours de l'allaitement les malades ont souffert au niveau de l'aisselle où actuellement siège la tumeur.

Le début est insidieux, la tumeur est perçue, quand elle atteint un certain volume. Le plus souvent c'est le hasard qui commande sa découverte ; la malade perçoit la tumeur en faisant sa toilette : Dans quelques cas, la douleur qu'elle cause la fera remarquer.

Toujours l'augmentation de volume est lente, cinq ans dans un cas, trois ans dans un autre.

On ne trouve pas d'observation où le lipome soit bilatéral.

Inspection

Sous le bord antérieur du muscle grand pectoral, sur le pli axillaire ou franchement dans la partie antérieure du creux de l'aisselle on perçoit une saillie sous les téguments. Ceux-ci ne sont pas modifiés, ni dans leur coloration, ni dans leur structure.

La bosselure est plus ou moins considérable, en général de volume moyen : comme termes de comparaison on trouve dans les observations : *noix, œuf, mandarine*.

Si on fait à la malade mettre le bras en abduction, on peut voir quelquefois la tumeur disparaître complètement dans le creux axillaire. Si au contraire, on porte le bras en adduction de façon à ce qu'il soit parallèle au tronc la saillie que forme la tumeur devient plus apparente.

À la surface de la peau en général il n'existe pas de circulation veineuse supplémentaire sauf dans l'observation de Morestin où par son volume et sa consistance la tumeur gênait la circulation profonde.

Palpation

L'examen des téguments permet de se rendre compte qu'ils sont indépendants de la tumeur sur laquelle on les fait glisser facilement.

Dans une observation on trouve pourtant une adhérence à la peau décelée par une petite dépression infundibuliforme répondant à la paroi supérieure de la tumeur

et qui s'exagère si on essaye de plisser les téguments à ce niveau : mais ceux-ci n'ont rien perdu de leur souplesse, ils ne sont donc pas infiltrés et nous ne sommes pas là du tout en présence du symptôme de la « peau d'orange » caractéristique des tumeurs malignes.

La tumeur est le plus souvent de forme ovoïde, de consistance molle, elle est dépressible et quelquefois grenue et lobulée. Elle est mal limitée, mobile sous les plans superficiels, elle l'est aussi sur les plans profonds. Si en effet on provoque par un mouvement d'adduction contrarié, la contraction du grand pectoral avec lequel la tumeur est en rapport, celle-ci se mobilise facilement.

A la palpation on signale quelquefois la perception de crépitation comme dans les lipomes sous-mammaires.

Pas d'adénopathies dans le creux de l'aisselle en arrière de la tumeur, ni dans le creux sous-claviculaire.

Signes fonctionnels

Ce sont des tumeurs en général peu douloureuses, mais il ne faut pas oublier qu'elles siègent dans une région voisine d'une articulation fréquemment en mouvement, et que de ce fait même quand elles n'atteignent pas un volume considérable, elles peuvent être la cause d'une certaine gêne fonctionnelle.

En général, on ne trouve pas la douleur spontanée sauf au moment des règles ou de l'allaitement.

La douleur quand elle existe est provoquée par la

palpation ou par les mouvements d'abduction du bras, elle s'irradie dans le voisinage de l'articulation le long de la face interne du bras ou vers le sein. Dans l'observation Péraire et Lefas la douleur était due à l'inclusion de filets nerveux à l'intérieur du lipome. C'est le seul cas d'ailleurs où la gêne fonctionnelle était évidente et pouvait à elle seule justifier l'intervention.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le lobe axillaire peut être considéré comme le prolongement normal de la mamelle tant il est fréquent, tandis que la mamelle surnuméraire ayant atteint son développement complet et nettement différenciée est rare. S'il existe dans l'aisselle en même temps qu'une tumeur évidente un mamelon surnuméraire ; on supposera tout de suite que le point de départ est la glande aberrante mais dans les observations que nous rapportons le fait ne s'est jamais présenté.

La région axillaire où se développent les lipomes que nous étudions est riche en manifestations pathologiques. Le lobe axillaire aberrant peut être atteint de presque toutes les affections de la glande principale.

Pour plus de commodité, nous ferons successivement le diagnostic différentiel, des affections axillaires, extra glandulaires, et celui des affections pouvant occuper le lobe aberrant, c'est-à-dire glandulaires.

Diagnostic différentiel avec les affections extra-glandulaires

On peut observer dans cette région des affections ganglionnaires, des affections des muscles sous-jacents, à la glande aberrante, des lymphangiomes, des kystes sébacés qui peuvent prêter à confusion.

Affections ganglionnaires

Nous savons d'après l'étude anatomique de la région qu'il existe un groupe de ganglions en contact immédiat avec le lobe aberrant axillaire.

On pourra donc être appelé à différencier du lipome.

1° *L'adénite aiguë.* — Les signes locaux, la lésion initiale ne permettent pas l'erreur.

2° *Les adénites tuberculeuses.*

Elles peuvent siéger sur le bord inférieur du grand pectoral.

Ce sont des tumeurs indolentes à la pression, de marche lente ne déterminant pas de gêne fonctionnelle ; leur consistance est toute différente de celle du lipome elle est ferme et élastique. Il existe souvent de la péri-adénite. De plus l'adénopathie axillaire n'est pas isolée, la plupart du temps, d'autres régions sont atteintes.

Si on se trouve en présence d'un ganglion caséifié le diagnostic sera plus difficile. Après la recherche de la fluctuation si on a un doute on pourra ponctionner.

Auvray rapporte un procédé employé autrefois par Gosselin pour établir le diagnostic différentiel entre li-

pome et abcès froid. Application d'une vessie de glace sur la lésion, si c'est un lipome, la graisse molle à la température ordinaire du corps se durcit, si c'est un abcès froid, il n'y a pas de modification.

L'adénolipomatose.

C'est une lipomatose se greffant sur un ganglion tuberculeux ; là les signes physiques que révèle la palpation sont absolument identiques à ceux du lipome et le diagnostic ne sera guère possible qu'à l'intervention.

L'adénopathie spécifique.

Caractères généraux des adénites spécifiques différents de ceux du lipome ; si c'est une adénite primaire la lésion d'inoculation démontrera l'origine. Si elle est secondaire la généralisation de la lésion ganglionnaire ne permettra pas le doute.

Les néoplasmes des ganglions lymphatiques.

S'ils sont secondaires, en plus des caractères particuliers du ganglion néoplasique la lésion initiale fera faire le diagnostic.

S'ils sont primitifs nous aurons affaire ;

1° *A des lymphadénomes leucémiques.* Il y a multiplicité des lésions ganglionnaires ; le malade est anémique, les signes physiques diffèrent.

2° *A des lymphadénomes aleucémiques* ou maladie de Hodgkin. L'hypertrophie atteint plusieurs ganglions d'un même groupe ; le lipome n'est jamais signalé comme multiple. Evolution rapide.

3° A des lymphomes ou des sarcomes ganglionnaires. Ceux-ci grossissent vite, adhèrent aux organes voisins, se limitent mal, etc...

Lipomatose symétrique de cette région.

(Observation de Morestin 1904. Société de Chirurgie 1903). Il rapporte un cas de lipomatose axillaire bilatérale dans laquelle l'examen histologique n'a pu prouver l'existence de tissu glandulaire.

La bilatéralité des lésions sera un bon élément de diagnostic différentiel puisque jusqu'ici il n'existe pas d'observations de lipomes bilatéraux développés aux dépens des lobes aberrants axillaires.

Affections du muscle grand pectoral.

Dans tous les cas, la tumeur qui pourra prêter à confusion s'immobilise dans les mouvements d'adduction contrariée du bras. A la palpation la tumeur est plus fixe elle adhère à la profondeur.

On pourra trouver des myosites aiguës, chronique, des kystes, des tumeurs musculaires striées du muscle grand pectoral.

Kystes sébacés.

Ne semblent pas fréquents dans cette région ; leurs caractères physiques les rapprochent du lipome ils sont mous, dépressibles, fluctuants, de progression lente. Souvent on percevra un point noir, vestige de l'orifice obliqué de la glande.

Lymphangiomes kystiques et caverneux.

Peuvent siéger dans l'aisselle et être pris pour des lipomes dont ils se rapprochent par leur consistance. Mais ils sont la plupart du temps congénitaux.

Lipomes musculaires de l'aisselle.

(Observation de Gosset, Société anatomique) l'examen histologique seul pourra faire faire le diagnostic différentiel, mais on ne cite qu'une observation ; pratiquement c'est une affection inexistante.

Diagnostic différentiel avec les affections d'origine glandulaire

Néoplasmes d'origine glandulaire.

L'adénome du lobe aberrant est la tumeur de ce lobe la plus fréquente. Comme le lipôme il se voit à la même période de la vie, son accroissement est lent, pas douloureux généralement, il est découvert par hasard ; mais c'est une tumeur encapsulée, arrondie, lisse au palper, de consistance ferme et élastique alors que le lipome est mou, dépressible et mal limité.

L'adénome comme le lipome est mobile sous la peau et les parties profondes. Il n'y a pas de ganglions.

L'adéno-sarcome, assez fréquent lui aussi, est une tumeur encapsulée, non douloureuse au début ; sans ganglions, sa consistance irrégulière dure, ramollie ou fluctuante en certains endroits ; son développement rapide déterminant la distension des téguments permettront de le distinguer facilement du lipome.

L'épithélioma dont on cite de nombreux cas est d'une dureté ligneuse, adhère rapidement à la peau et aux plans profonds ; il se développe irrégulièrement. Il y a des ganglions, l'évolution est rapide et l'état général est souvent atteint.

Le diagnostic différentiel avec le lipome est donc pour ces tumeurs généralement facile, sauf peut-être à la période tout à fait initiale. Il est de la plus grande importance puisque pour l'adéno-sarcome et l'épithélioma ; c'est l'amputation du sein qu'il faudra faire et non la simple énucléation comme dans l'adénome et le lipome.

Tumeurs non néoplasiques des lobes aberrants

Le galactocèle.

Ressemble au lipome, tumeur arrondie, régulière, mobile, de consistance pâteuse, indolente s'accroissant lentement. Mais il se développe dans la mamelle en lactation, il est mieux limité que le lipome, il est vraiment fluctuant. A ce propos Broca conseille de rechercher la fluctuation en interposant le bord cubital de la main sur la partie médiane de la tumeur pour éviter la sensation de fausse fluctuation. Ce procédé ne doit pas toujours être facile pour des tumeurs de cette dimension.

Quelquefois le galactocèle présente le signe du godet, il garde l'empreinte du doigt qui le palpe. Il ne saurait être question ici de faire sortir du lait par pression sur la tumeur puisque le lobe aberrant ne possède pas de canaux excréteurs.

On ne rapporte que deux observations de galactocèle des lobes aberrants (*The Lancet*, obs. du Docteur Neve, 1889).

Les kystes. La maladie kystique (Obs. de Duplay).

Le kyste n'a pas la même consistance que le lipome ; il est dur, donne l'impression d'une tumeur solide. Dans la région qui nous occupe s'il est isolé, comme il sera relativement superficiel, on pourra peut-être percevoir la fluctuation. Si on trouve d'autre formation analogue dans la glande principale on pensera à la maladie kystique.

Le lipome est plus fréquent que le kyste, si on a un doute on pourra se rappeler la phrase de Nélaton, « si vous hésitez entre un kyste et un lipome, diagnostiquez lipome et vous vous tromperez rarement ».

Si on a un doute entre galactocèle, kyste ou lipome, la ponction pourra être d'un utile secours.

On ne possède pas d'observations de kystes hydatiques.

L'engorgement du lobe aberrant.

Nous avons vu que les lobes aberrants sécrètent pendant la lactation, c'est souvent même à cette occasion que leur présence est remarquée. Leur engorgement pourrait donc faire croire à une tumeur lipomateuse.

Il sera facile en palpant à plat la région incriminée et en la comprimant de se rendre compte qu'il s'agit là d'acinis hypertrophiés ; de plus l'affection est douloureuse et coïncide avec la lactation.

*
* *

En résumé, nombreuses sont les tumeurs ayant comme localisation anatomique, la région où siège le lobe aberrant axillaire.

Quelques-unes sont d'une différenciation impossible avec le lipome, témoin les adénolipomatoses bacillaires, les lipomes musculaires striés de l'aisselle ; l'examen des pièces seul donnera le diagnostic.

D'autres plus nombreuses revêtent une certaine difficulté ; ce sont l'adénome, le kyste sébacé, les ganglions caséifiés, l'engorgement simple du lobe aberrant, le galactocèle, le lymphangiome de l'aisselle.

Les affections musculaires ou néoplasiques sont énumérées beaucoup plus dans le désir d'être complet que comme présentant une réelle difficulté de diagnostic.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Celui de tous les lipomes c'est-à-dire essentiellement bénin. La récurrence n'a jamais été constatée, si la tumeur a été enlevée dans sa totalité.

TRAITEMENT

On conseillera l'intervention, bien que par sa nature le lipome ne présente pas de gravité. La tumeur peut devenir en effet une gêne par son volume et causer quelques troubles fonctionnels. Elle est, ou peut devenir douloureuse. Son siège la rend inesthétique.

CHAPITRE IX

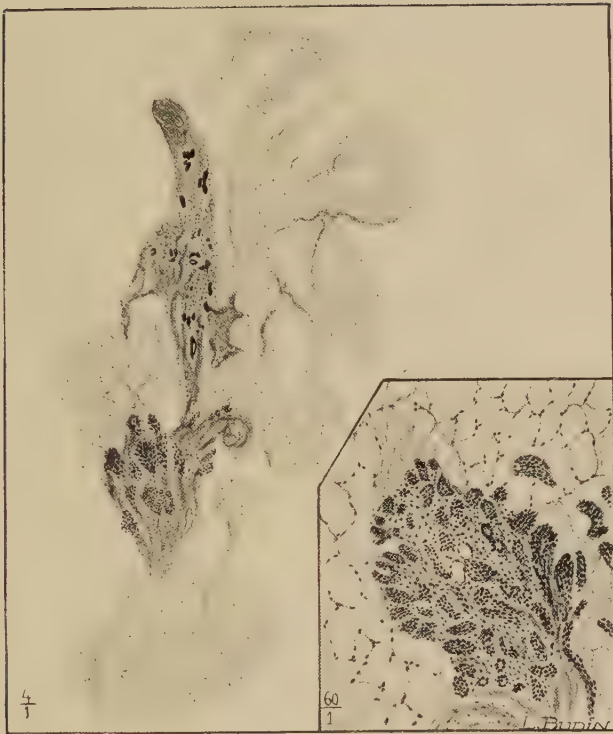
ANATOMO-PATHOLOGIE

L'examen macroscopique de la tumeur permet quelquefois de percevoir au centre du lipome une partie blanchâtre ressemblant à une glande mammaire aberrante (observation de M. le Pr Lecène, voir planche).

L'examen histologique montre une masse adipeuse analogue à celle de tous les lipomes, lobules graisseux séparés par des tractus conjonctifs plus ou moins abondants, formant des réseaux, au milieu desquels on aperçoit les artérioles et les veinules auxquelles ils servent de soutien.

Les cellules adipeuses très distendues sont pressées les unes contre les autres, et le cytoplasme est réduit à une enveloppe périphérique, ce qui montre que l'apport en graisse se fait plus vite que l'augmentation du nombre des cellules et ce qui explique la lenteur d'accroissement de ces tumeurs.

En plus de cet aspect général commun à tous les



COUPE DE LIPOME DÉVELOPPÉ
AUTOUR D'UNE GLANDE MAMMAIRE AXILLAIRE ABERRANTE

En haut on voit du tissu adipeux et au milieu de ce tissu, glande mammaire aberrante avec acinis et canaux galactophores.

En bas, la même coupe, mais vue à un plus fort grossissement.

Obs. de Monsieur le Professeur LECÈNE (Hôpital St-Louis) (Obs. III).

lipomes et ce qui en fait l'intérêt, on perçoit le plus souvent, dispersé au milieu du tissu adipeux, des cavités tubulaires, ovalaires ou arrondies, dont l'intérieur est tapissé de petites cellules cubiques tassées sur plusieurs assises. Ces cellules qui sont des cellules épithéliales laissent toujours une lumière large à la cavité.

Ces cavités représentent des canaux galactophores.

L'examen des coupes de ces lipomes de l'aisselle montre donc que nous sommes en présence de lipomes se développant autour du tissu glandulaire aberrant.

On sait que les lipomes du sein ont été classés en lipomes rétro-mammaires, en lipomes sous-cutanés et en lipomes périglandulaires, les moins fréquents. Les lipomes que nous avons décrit rentrent donc dans cette dernière catégorie du classement général.

OBSERVATIONS

Observations de lipomes des lobes aberrants chez des personnes du sexe féminin

Obs. I. — *Lipomes douloureux de l'aisselle avec glande mammaire aberrante* (PERAIRE, et LEFAS, *Société Anatomique* 1907).

Jeune fille, 23 ans. A 21 ans, rougeole, pas d'autres antécédents. Vers 17 ou 18 ans, constate la présence d'une petite grosseur dans la région axillaire gauche. Cette grosseur est douloureuse à la pression. Un médecin pense à la possibilité de ganglions lymphatiques enflammés et ordonne un séjour à la mer. Au retour, amélioration de l'état général, mais persistance d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois.

Dès lors celle-ci ne cessa de grossir progressivement occasionnant une gêne douloureuse dans les mouvements du bras, et qui s'exagérait au moment des règles.

En août 1907, la tumeur est très perceptible à la palpation, elle a le volume d'une noix et le bras étant

appliqué le long du corps, on la voit saillir sous les téguments au niveau du bord du grand pectoral.

Elle donne l'impression d'une masse granuleuse, molle et mal délimitée; son caractère dominant est la douleur vive que l'on provoque en pressant la tumeur entre les doigts; des douleurs spontanées sont aussi ressenties avec irradiation vers le sein gauche.

Le diagnostic de lipome axillaire diffus est porté et l'opération est faite le 12 août 1907. Ablation facile à la cocaïne. Réunion immédiate au bout de huit jours.

Examen histologique.

Formol, alcool, paraffine, acide osmique hématoxyline éosine, Van Gienson; par les colorations à l'hématoxyline éosine ou au Van Gienson, on voit au centre de la masse adipeuse un tissu dense, parsemé çà et là de pelotons de tissu cellulo-adipeux et creusé d'un certain nombre de cavités tubulaires.

Ces dernières ovalaires ou arrondies; les plus grandes formant des plis à l'intérieur sont tapissées par un épithélium formé de petites cellules cubiques tassées généralement sur deux assises, parfois dans certains points sur cinq ou six assises: mais laissant toujours à la cavité une large lumière.

En de rares points, auprès de ces formations on peut voir une ou deux formations semblables mais sans lumière. Certains tubes présentent à l'intérieur, des plis, ce sont des canaux galactophores coupés à des étages divers; on ne voit pas d'acinis nettement différenciés.

On voit de plus dans le tissu dense précédent de nombreux capillaires ; beaucoup paraissant de néoformation et un assez grand nombre de petits troncs nerveux à myéline coupés transversalement ou obliquement.

Le tissu dense paraît être un tissu fibreux adulte riche en fibrilles serrées et ondulées avec noyaux peu nombreux et allongés.

La présence d'un assez grand nombre de ramuscules nerveux entourés d'une trame très dense et serrée suffit à expliquer l'élément douleur caractérisant, au point de vue clinique, le lipome de cette glande mammaire accessoire.

Obs. II. — *Fibro-adénolipome de l'aisselle développé aux dépens d'une glande mammaire aberrante* (observation MORESTIN. Société anatomique de Paris).

Mademoiselle S... receveuse des postes, est entrée le 11 février à l'hôpital St-Louis pour se débarrasser d'une tumeur axillaire gauche. Cette tumeur occupe la partie antéro-inférieure de l'aisselle et le relief qu'elle détermine est comparable à celui que produirait la moitié d'une mandarine placée sous les téguments. Elle est bien visible seulement quand le bras est dans l'abduction.

La malade s'en est aperçue par hasard « en changeant de flanelle ».

Il y a un an que cette constatation a été faite ; mais l'affection devait évoluer depuis longtemps déjà, car depuis l'époque, où sa présence a été reconnue c'est à peine si elle a augmenté de volume.

La tumeur est voisine de la mamelle mais en est complètement distincte. Elle laisse libre le fond du creux axillaire. A sa surface les téguments sont sains et ont conservé leur coloration normale. Cependant on note un développement très apparent des veines superficielles. Il y a en particulier une grosse veine qui barre transversalement la partie antérieure de l'aisselle, soulevant la peau du creux sous-claviculaire, au bord inférieur du grand pectoral.

On remarque en outre une petite dépression cutanée infundibuliforme, répondant à la partie supérieure de la tumeur. Cette dépression s'exagère quand on essaye de plisser les téguments à ce niveau. Il y a là une adhérence entre la peau et la tumeur sous-jacente. Cette dernière à la palpation, est lobulée et de consistance assez ferme. Les différents lobes ont les uns sur les autres une certaine mobilité. En outre, ils se laissent pour ainsi dire énucléés de la masse principale. C'est une sorte de grappe et l'impression première est qu'il s'agit d'un paquet de ganglions.

Dans son ensemble la masse principale paraît être du volume d'une petite orange car elle s'enfonce assez loin sous le grand pectoral. La partie supérieure de l'aisselle est complètement libre et la tumeur n'envoie aucun prolongement du côté des vaisseaux.

Cette tumeur multilobée est d'ailleurs mobile et n'offre d'autres adhérences que celle déjà signalée à la face profonde des téguments. Dans les déplacements que l'on imprime à ses différents lobes et surtout quand les appliquant contre la paroi thoracique, on les re-

pousse de bas en haut on perçoit une sorte de frottement de crépitation.

La glande mammaire explorée avec soin n'offre rien d'anormal à la palpation non plus que celle du côté opposé, elles paraissent l'une et l'autre absolument saines. Elles n'ont jamais été le siège d'aucune inflammation, la malade n'a jamais eu d'enfants. Elle croit même être vierge. Elle est encore réglée, malgré ses 45 ans ; mais d'une façon irrégulière.

Il existe chez Mlle S..., un lipome sous cutané du flanc gros comme le poing, il est là depuis de longues années. Le diagnostic d'ailleurs évident a été fait dès le début ; il est un peu gênant mais la malade n'a jamais voulu consentir à s'en séparer et nous déclare dès l'abord que sa tumeur du flanc ne doit pas nous occuper.

La tumeur de l'aisselle détermine quelques douleurs dont la localisation est très précise, elles sont irradiées le long de la face interne du bras et correspondent au trajet du brachial cutané interne. Les douleurs sont du reste peu intenses et se montrent surtout pendant la nuit, ou à l'occasion d'un mouvement d'abduction du bras. Ce qui inquiète la malade, c'est la nature de la tumeur.

Formuler une opinion ferme est en effet loin d'être facile ; on est tout d'abord induit à rapprocher du néoplasme axillaire, le lipome du flanc de diagnostic certain.

Mais il faut raisonner cette impression première, sans doute l'évolution a été lente et la marche est pour ainsi dire stationnaire.

Il est vrai que la lobulation est un caractère de beau-

coup de lipomes, que l'adhérence aux téguments en est une autre, enfin que la crépitation est un signe maintes fois relevé dans les relations cliniques et en particulier dans les observations de lipomes sous-mammaires.

Cependant ces éléments de diagnostic groupés sur une seule tumeur ne suffisent pas pour en affirmer la nature lipomateuse. Dans le cas particulier notamment la consistance de chaque lobule était très ferme beaucoup plus qu'elle ne l'est dans un lipome ordinaire. Ils étaient très mobiles les uns sur les autres, circonstance rarement notée dans les lipomes. La crépitation déterminée par la collision de ces lobes, eût pu être à la rigueur fournie par d'autres tumeurs, l'adhérence à la peau pouvait être secondaire. A ce dernier propos, on pouvait agiter la question d'une tumeur maligne dans un lobe aberrant de la mamelle, s'accompagnant d'engorgement des ganglions de l'aisselle ; cette idée fut rapidement écartée car la physionomie de cette adhérence n'est pas du tout celle de « la peau d'orange ». Les téguments n'avaient rien perdu de leur souplesse au voisinage de cette petite dépression infundibuliforme ils étaient minces, aisément déplacés dans tous les sens et ne tenaient à la tumeur que par l'implantation à leur face profonde d'une sorte de pédicule fort grêle.

On devait alors penser à des adénopathies d'origine bacillaire ; cette hypothèse n'était pas non plus absolument satisfaisante outre que l'adhérence cutanée en dehors de toute suppuration antérieure devenait inexplicable ; la consistance n'était pas celle que l'on note dans le cas de ganglions tuberculeux et avec laquelle nous sommes

bien familiarisé en raison de leur fréquence relative ; puis la tumeur siégeait très bas contre le bord inférieur du grand pectoral.

Or, en l'absence de toute lésion mammaire on ne voit guère en ce point d'adénopathies.

Le fond de l'aisselle, la région des vaisseaux où se trouvent la plupart des glandes lymphatiques étaient parfaitement libres. On en revenait alors à l'idée d'un lipome. Ce fut à ce diagnostic que je m'arrêtai en me demandant s'il ne s'agissait pas d'une production graisseuse développée autour de ganglions lymphatiques plus ou moins altérés d'une adénolipomatose.

Intervention le 11 février. Incision, énucléation facile car la tumeur était parfaitement encapsulée. Elle présentait un lobe pré-pectoral tout petit, le reste de la tumeur était logé derrière la paroi axillaire antérieure.

Examen macroscopique.

La tumeur enlevée présentait l'apparence extérieure d'un lipome vulgaire. Il n'en était pas de même sur une coupe verticale. Dans une atmosphère commune sont logées 7 ou 8 tumeurs oblongues, ovalaires, d'aspect grisâtre ou blanc grisâtre de consistance très ferme et même dure. Nul point ramolli et caséux. Il semble qu'il s'agisse d'un paquet de ganglions, mais ce n'est qu'une apparence grossière ainsi que l'établit l'examen histologique de Weinberg.

Examen histologique.

Il s'agit d'une série de fibro-adénomes présentant la structure de ceux qu'on rencontre dans la glande mam-

maire. Ils ont eu pour point de départ soit une glande surnuméraire, une mamelle axillaire, soit des lobules très aberrants de la glande mammaire proprement dite.

Etant donné que le sein lui-même est absolument intact, et qu'aucun lien n'unissait à la mamelle, la tumeur parfaitement encapsulée entourée d'une première atmosphère graisseuse, la première opinion semble vraisemblable.

On remarquera cependant que la peau de la région ne présentait aucun vestige apparent d'une formation mammaire, aucune trace de mamelon, pas même une surface pigmentée.

La peau qui couvrait la tumeur est même dépourvue de poils. Cependant l'adhérence qui existait entre la face profonde des téguments et la masse néoplasique pourrait être interprétée comme un vestige de son origine cutanée. Cette opinion paraît assez acceptable, on ne saurait repousser complètement l'autre hypothèse qui ferait dériver ces productions de débris aberrants des grosses glandes mammaires, bien qu'elle soit moins vraisemblable.

Comment doit-on interpréter cette enveloppe graisseuse ; est-ce l'équivalent de la graisse abondante normale qui entre dans la composition du sein. On pourrait être tenté de l'admettre si la disposition de ce tissu adipeux se comportait, vis-à-vis de ces adénofibromes comme celui du sein pour ceux de la mamelle. Or ces derniers ont tendance à s'énuccléer, à s'isoler de la masse du sein.

Ici les tumeurs sont noyées dans la graisse sans avoir tendance à se pédiculiser. La proportion du tissu adipeux est en outre très considérable et telle qu'elle donne au néoplasme ces caractéristiques. Son importance est donc prédominante, c'est donc un élément du néoplasme, élément très important, il n'a pas avec les fibro-adénomes un simple rapport de voisinage, sa production semble liée à leur développement, on doit donc dire qu'il s'agit de fibro-adénolipome.

Il entre dans leur constitution une couche de graisse assez importante pour constituer un véritable lipome. On doit donc dire adéno-fibro-lipome mammaire.

Obs. III. — Observation de MORESTIN (*Société anatomique*, avril 1904) dont nous n'avons qu'une partie.

Masse grasseuse, purement grasseuse, remplissant et débordant l'aisselle déterminant par son poids une gêne très grande, au point que la malade, pourtant octogénaire, était venue, elle-même, en réclamer instamment l'ablation.

**Observation recueillie à St-Louis salle Nelaton
dans le service de M. le P^r Lecène**

Obs. I. — 22 octobre 1922.

M^{me} M., 40 ans bien portante, deux enfants, l'un âgé de 9 ans, l'autre de 12 ans. Au moment de l'allaitement, la malade se rappelle avoir souffert un peu au niveau de l'aisselle droite. Il n'y a eu ni abcès du sein ni lym-

phangite, actuellement cette dame présente une petite tumeur ovoïde, assez mal limitée, légèrement grenue, développée au niveau du pli axillaire au-dessous du pectoral droit. C'est tout à fait un adéno-lipôme.

Obs. II. — 23 janvier 1922.

Mme F., 35 ans, deux enfants.

Adénolipomie axillaire (mamelles aberrantes) formant une saillie nette, grosseur d'une mandarinè. Quelques douleurs dans le bras et l'aisselle au moment des règles, seins normaux.

Anesthésie générale au chloréthyle, extirpation. Examen microscopique, on voit une masse lipomateuse et quelques débris glandulaires mal circonscrits.

Obs. III. — 22 mars 1926.

Mme M., 45 ans. Entre pour une petite tumeur située dans le creux axillaire. S'en est aperçue il y a six semaines en faisant sa toilette. Aucune douleur, aucune gêne.

Examen :

Inspection. — Tumeur de la grosseur d'un petit œuf, siégeant dans le creux axillaire au-dessus et en dehors de la glande mammaire sans modification de la peau.

Palpation. — Tumeur molle, dépressive, indolore, diffuse, pas de ganglions, sein paraît normal.

La palpation et l'inspection ne retrouvent plus la tumeur quand on élève le bras à la verticale mais si à ce moment on appuie sur le grand pectoral, la tumeur réapparaît à sa place normale.

Du côté opposé il existe une saillie analogue ; mais de plus petit volume.

Opération le 24 mars 1926. Anesthésie à l'éther. Incision dans le creux axillaire. On trouve un amas graisseux diffus non lobulé. On l'extirpe en allant jusqu'au contact des muscles du creux axillaire. Sutures, drains. A la coupe du lipome on trouve au centre une partie blanchâtre, peut-être glande mammaire axillaire.

Observations rapportées dans le sexe masculin

Lipomes siégeant complètement ou en partie sous le bord inférieur du grand pectoral mais dont l'examen histologique n'a pas démontré que l'origine était le lobe aberrant.

Obs. I. — Observation rapportée par John DEEVER et Mac FERLAND dans leur livre *The breast ist anomalies*, etc... Philadelphie, 1917.

Le patient était un homme de 56 ans, maçon. Il se plaignait d'un fort développement du sein gauche qui avait atteint les dimensions d'une tête d'enfant. Cet énorme accroissement était dû à la présence d'une tumeur qui durait depuis huit ans et qui s'était développée lentement et sans douleur. Cet homme est mort d'une maladie de cœur deux jours après avoir été mis en observation. A l'autopsie on a trouvé un gros lipome derrière le muscle grand pectoral, il avait la forme d'un disque aplati à la partie postérieure du poids de 400 grammes. La mamelle n'était pas augmentée de volume.

Obs. II. — Observation rapportée par L. TORRACCA. *Riforma Medica*, 1922.

Sur un cas très rare de lipome de la région mammaire chez un homme.

Il s'agit d'un homme de 73 ans qui a vu apparaître il y a 11 ans une petite tuméfaction au-dessus et en dedans du mamelon droit. Cette tumeur élastique a atteint le volume d'un œuf et plus tard celui d'une tête d'adulte.

Cette tumeur recouverte de peau normale ne lui adhère pas, sa consistance est dure, élastique. La contraction du grand pectoral fait apparaître des sillons à la surface de la tumeur ce qui semble démontrer le siège sous-pectoral de celle-ci. A l'intervention le diagnostic est confirmé, le muscle grand pectoral refoulé en avant et fortement atrophié recouvre la tumeur molle de couleur jaunâtre.

L'ablation est faite facilement. Le poids de la masse est de 1 kg. 600. A l'examen microscopique il s'agit d'un lipome pur.

Obs. III. — Observation de QUEIREL (*Thèse Riberaud*, 1889).

Le nommé Fortuné F., âgé de 64 ans, concierge dans un pensionnat de demoiselles, maigre ; mais d'une bonne constitution, présente une tumeur du sein gauche, demi-sphérique de la grosseur d'une tête d'enfant, coiffée par le mamelon dans sa partie inférieure. Elle est d'une consistance demi-molle, résistante élastique en certains points, plus ferme, plus dure en d'autres.

Cette tumeur indolore, sans changement de coloration de la peau, est très mobile sur la paroi costale et remonte assez haut dans la région pectorale. En faisant contracter le grand pectoral, cette mobilité devient moins grande et la tumeur est comme bridée, ce qui fait croire, avec juste raison, qu'elle est située en partie sous ce muscle, tandis qu'une autre partie est manifestement sous la peau du mamelon et du sein.

Nous diagnostiquons un lipome aux signes que nous venons d'énumérer.

Le lent développement de ce néoplasme que le malade porte depuis deux à trois ans, il y a 15 mois, il était gros comme une noix, la forme globuleuse, l'absence de ganglions dans l'aisselle et les creux sus et sous-claviculaire, le défaut d'adhérence de la peau et aux parties sous-jacentes devaient nous faire éloigner l'idée de tumeur maligne et aussi de tumeur diffuse. Il ne restait donc que les tumeurs encapsulées, l'adénome, le fibrome, le kyste et le lipome. Mais la consistance devait faire éliminer les deux premiers néoplasmes ; quant au kyste, l'absence de fluctuation, le poids de la tumeur que l'on prenait à pleines mains, sa consistance inégale nous le firent rejeter, il ne restait plus que le lipome.

Une autre considération plaidait en faveur de ce dernier diagnostic, le malade présentait en effet un lipome derrière l'oreille et un autre sur la fesse gauche. A l'intervention il s'agissait d'un lipome.

CONCLUSIONS

Les formations mammaires naissent chez l'embryon aux dépens d'une ébauche épithéliale, ou ligne mammaire. Les glandes mammaires surnuméraires ont la même origine ; plusieurs points épithéliaux pouvant donner naissance à des mamelles.

Les lobes aberrants, au contraire, prendraient naissance à une époque plus tardive de la vie fœtale, aux dépens de la glande principale et à un stade plus avancé de son développement.

Les lobes aberrants sont fréquents, les glandes surnuméraires relativement rares.

Le lobe axillaire de la mamelle peut-être considéré comme existant toujours.

Son fonctionnement physiologique est identique à celui de la glande principale, la sécrétion à l'extérieur en moins.

Constant au point de vue anatomique fonctionnant comme la glande mammaire, il est logique de penser que le lobe aberrant présente les mêmes manifestations pathologiques, en particulier, qu'il est l'origine de lipomes.

Au point de vue clinique, le lipome de cette région peut-être surtout confondu avec le galactocèle, les tumeurs kystiques, l'adénolipomatose bacillaire, l'adénome, les ganglions caséifiés, le kyste sébacé, le lymphangiome de l'aisselle.

La cause déterminant la production du lipome de ce lobe est inconnue comme celle de toutes les formations néoplasiques.

C'est une tumeur rare, il n'en existe que cinq observations. Pratiquement elle n'existe que chez la femme, l'origine glandulaire des lipomes de cette région dont les observations ont été rapportées chez l'homme n'ayant pas été prouvée.

C'est une tumeur bénigne, ne récidivant jamais quand l'exérèse a été complète.

L'examen histologique de ces tumeurs a prouvé qu'il s'agissait de lipomes se développant autour du tissu glandulaire aberrant.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AGNEL. — Contribution à l'étude des tumeurs des lobes aberrants de la mamelle (*Thèse Lyon*, 1902).

BARRAL. — Les lipomes de la région mammaire (*Thèse Toulouse*, 1923).

BARRILL. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme (*Thèse Bordeaux*, 1919).

CORNILL. — *Traité des tumeurs du sein*.

CRÉMIEUX. — Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique (*Thèse Montpellier*, 1905).

DAUTHUILE. — Contribution à l'étude des anomalies mammaires dans leurs rapports avec l'embryologie (*Thèse Lyon*, 98-99).

DEAVER et MAC FERLAND. — *The Breast its anomalies and their treatment*, Philadelphie, 1917.

DELAGE et MASSABIAU. — Lipomes du sein et de la région mammaire (*Revue de Chirurgie*, 1904).

DIETRICH et FRANGENHEIM. — *Die Erkrankungen der Brustdrüse*, Stuttgart, 1926.

ESTRADÈRE. — Quelques cas de lipomes du sein et de la région mammaire (*Thèse Bordeaux*, 1898).

FOURQUIER. — Lipomes congénitaux des parties molles (*Thèse Paris*, 1905-6).

HORTELOUP PAUL. — Tumeurs du sein chez l'homme (*Thèse Paris*, 1872).

KIRMISSON. — Prolongement axillaire du sein (*Bulletin de la Société anatomique*, 27 octobre 1882).

LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein (1876).

LECÈNE. — Pathologie chirurgicale. Art. glandes mammaires. Art. Maladies générales des tissus.

LE DENTU et DELBET. — Art. « mamelles » (*Traité de Chirurgie*).

LEBOUL. — Tumeurs de la paroi antérieure de l'aiselle (*Thèse Paris*, 1895).

LESEILLE. — Mamelles et mamelons surnuméraires (*Thèse Paris*, 1898).

MARTIN. — Arch. de Chirurgie, 1893.

MASCHAT. — Contribution à l'étude des anomalies de la mamelle (*Thèse Paris*, 1883).

MECKEL. — Pathologie et anatomie des mamelles (1854).

MASSÉ. — Lipome diffus congénital de la paroi thoracique (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897).

MORESTIN. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1901 ; Bulletin de la Société anatomique, 1900 ; Bulletin de la société anatomique, 1904.

PÉRAIRE et LEFAS. — Bulletin de la Société anatomique, 1907.

PETGES et BONNIN. — Fibro adénome de la mamelle aberrante (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1911).

PITZORNO. — Polymastie en rapport avec le développement des tumeurs (*Riforma Medica*, 1896).

POIRIER et CHARPY. -- Art. glandes mammaires (*Anatomie descriptive*),

QUEIREL. — Lipomes volumineux de la région mammaire chez l'homme (*Thèse Riberand*, 1889).

RIBERAUD. — Lipomes de la région mammaire (*Thèse Paris*, 1898).

RICHELOT. — Tumeurs kystiques de la mamelle (*Thèse agrégation de médecine*, 1878).

RIEFFEL. — (*Thèse Paris*, 1889).

ROUVRAY. — (*Thèse Bordeaux*, 1911).

SCHULTZE. — Anomalies mammaires.

SONTAG. — Archives de clinique et de chirurgie, 1926.

TESTUT. — Anatomie descriptive. Article mamelle.

TESSONNIÈRE PIERRE. — Lipomes du sein et de la région mammaire (*Montpellier*, 1911).

TORRACA L. — Riforma Médica, 1922.

WILLIAM ROGER. — Polymastie et mamelles aberrantes en rapport avec le développement des néoplasmes.

1929. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.



